



HOMEOPATÍA
&
DERMATOLOGÍA

ECCEMAS Y DERMATITIS ATÓPICAS

Prefacio del Profesor Alain Claudy
Jefe del Servicio de Dermatología
Hospital Édouard-Herriot - Lyon

Doctor Jean-Marie Sonneck
Dermatólogo
Especialista clínico presente
en las Jornadas del Instituto Boiron

© Cohco

LYON
Jornadas del Instituto Boiron

Prefacio

La enfermedad atópica es una predisposición hereditaria que puede afectar las vías respiratorias (asma, rinitis alérgica) y la piel (dermatitis atópica). Una de las características de la dermatitis atópica es su heterogeneidad genética, clínica y evolutiva. La incidencia de la dermatitis atópica varía según los países entre el 5% y el 10% de la población infantil. El aspecto clínico de la dermatitis atópica es extremadamente variable de un individuo a otro, y varía en el tiempo para un mismo individuo. La afección evoluciona por accesos recurrentes con períodos de remisión más o menos completas. Cierta número de pacientes se curan al llegar a la pubertad, pero en otros la enfermedad perdura toda la vida. A los factores genéticos se agregan factores ambientales cuya importancia no debe olvidarse: estrés familiar o profesional, variación climática y geográfica, neumoalergenos, trofalergenos, infecciones bacterianas y virales, etc.

La exposición repetida a los alergenos del medio ambiente provoca en el atópico la aparición de los linfocitos capaces de inducir una fuerte estimulación de las inmunoglobulinas E, sobre todo en mastocitos y basófilos, pero también con respecto a las células de Langerhans epidérmicas.

La dermatitis atópica responde a mecanismos fisiopatológicos complejos y requiere un tratamiento prolongado. Es una afección durante la cual la relación médico-paciente es fundamental. El médico no debe limitarse a calmar los síntomas, sino que también debe tener en cuenta el terreno en el cual se desarrolla la enfermedad.

Las Jornadas del Instituto Boiron tuvieron el mérito de estudiar todos los aspectos de la dermatitis atópica en su conjunto, clínicos, fisiopatológicos y terapéuticos (alopáticos y homeopáticos) y fueron escenario de un intercambio fructífero entre los participantes.

*Profesor Alain Claudy
Jefe del Servicio de Dermatología
Hospital Édouard-Herriot, Lyon*

La dermatitis atópica



Diagnóstico y tratamiento

Punto de vista

del doctor Jean-Marie Sonneck

Dermatólogo

La dermatitis atópica

Generalidades

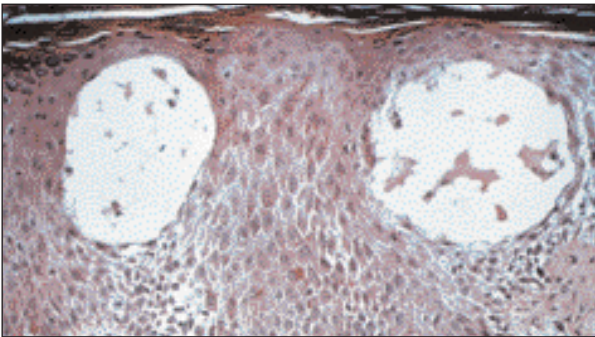
La dermatitis atópica es la más frecuente de las dermatosis. Su diagnóstico se basa en criterios clínicos, histológicos y en la existencia de un terreno familiar particular denominado atópico.

CLÍNICAMENTE

Se trata de una dermatosis eritematovesiculosa. Su diagnóstico se basa en el aspecto vesiculoso, a veces subclínico o efímero.

HISTOLÓGICAMENTE

La acumulación de serosidades entre las células epidérmicas (espongiosis) favorece la formación de vesículas intraepidérmicas. La presencia constante de un infiltrado linfocitario en la dermis papilar es la expresión del conflicto inmunológico responsable del eccema.



Histología del eccema

TERRENO ATÓPICO

Encontramos con frecuencia en el entorno familiar manifestaciones alérgicas tales como el asma o la coriza estacional. La existencia de las manifestaciones de este terreno familiar no es indispensable para el diagnóstico de la dermatitis atópica.

FISIOPATOLOGÍA

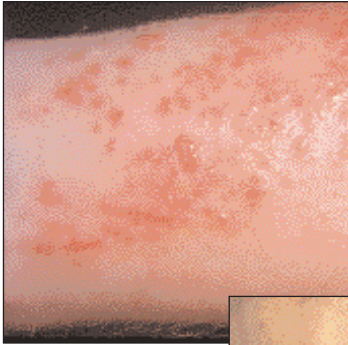
Existen dos fases: una fase de sensibilización inaparente y una fase de reacción alérgica responsable de los síntomas clínicos:

w Fase de sensibilización

El alérgeno penetra en el organismo por vía cutánea, respiratoria o digestiva. En el momento de este primer contacto con el alérgeno, las células dendríticas epiteliales captan este antígeno a través de las IgE fijadas en sus receptores, lo llevan al espacio intracelular y lo presentan a los linfocitos T a nivel del ganglio linfático. La activación de los linfocitos T (TH2) conduce a la presencia en la dermis de linfocitos específicos al alérgeno, que son los responsables de las respuestas IgE específicas.

w Fase de reacción clínica

La fase de reacción clínica aparece durante los contactos posteriores con el alérgeno. En el alérgico, la respuesta principal es de tipo TH2 con producción de IL4, IL5 e IL10. En el no alérgico, la respuesta es más bien de tipo TH1 con producción de interferones gamma y de IL2.



Eccema vesiculoso y exudativo



Eccema seco

Diferentes estadios evolutivos del eccema

El eccema pasa por varios estadios evolutivos que determinan las variantes de su aspecto clínico:

ESTADIO ERITEMATOEDEMATOSO

En las zonas en las que el tejido celular es laxo, el edema puede ser particularmente importante y dominar el cuadro clínico (periorbitario, órganos genitales masculinos).

ESTADIO VESICULOSO

Aparición de pequeñas vesículas que al tacto producen una sensación granulosa. Los contornos no están bien definidos. Las vesículas epidérmicas se rompen rápidamente y producen una exudación más o menos intensa.

ESTADIO ERITEMATOCOSTROSO

La exudación da lugar a la formación de costras. La sobreinfección en este estadio es constante.

ESTADIO DE DESCAMACIÓN

Es la expresión de un fenómeno de reparación. El prurito está presente en todos los estadios evolutivos. Puede acompañarse, sobre todo en las primeras fases, de sensaciones de escozor. La permanencia del prurito, que lleva al paciente a rascarse, puede provocar engrosamiento cutáneo o liquenificación.

Reconocer un eccema

Reconocer un eccema en su forma habitual es fácil, y no es de utilidad alguna practicar exámenes complementarios.

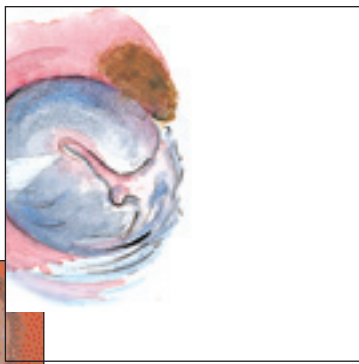
La historia natural es característica:

ECCEMA DEL LACTANTE

Las lesiones aparecen hacia los tres meses de edad y afectan las convexidades. La afección inicial se localiza en la cara (mejillas, frente) y respeta las zonas periorificiales, a diferencia de la dermatitis seborreica, que afecta la zona centrofacial. La lesión también respeta la zona del pañal. Esta primera fase dura en promedio un año.

ECCEMA DEL NIÑO

Las lesiones abandonan progresivamente las convexidades para localizarse en los grandes



Niño atópico



Dermatitis seborreica



Se respeta la zona del pañal

pliegues (poplíteos, codos) o en los pequeños (palpebral superior, sub y retroauricular). Es frecuente la lesión en dedos y muñeca. Cuando hay lesión peribucal y del pulgar, el niño desarrolla el tic de chuparla. Durante los accesos, la lesión puede ser difusa.

ECCEMA DEL ADOLESCENTE Y DEL ADULTO JOVEN

Las lesiones se distribuyen "en esclavina" (zona cefálica y torácica alta). En la cara se presenta pigmentación periorbitaria y doble pliegue debajo del párpado inferior. En las

extremidades superiores predomina la localización en grandes pliegues.

Evolución

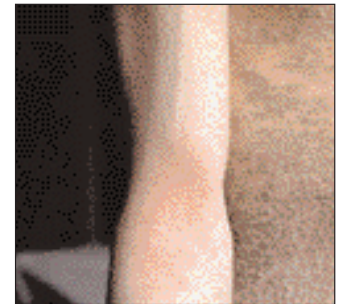
En caso de localización facial, es necesario establecer siempre un diagnóstico diferencial con la dermatitis seborreica.

La localización es centofacial, afecta los surcos nasogenianos, la zona intercilial y el borde del cuero cabelludo. Las situaciones de estrés desencadenan fácilmente los accesos. Es una contraindicación absoluta de los corticoides tópicos.

Si bien la dermatitis atópica desaparece con frecuencia antes de los 6-7 años de edad, no es inusual que se presenten apariciones tardías.

La evolución se produce sobre un fondo crónico de sequedad cutánea (xerosis) con accesos de ritmo caprichoso. La asociación con una ictiosis no es rara.

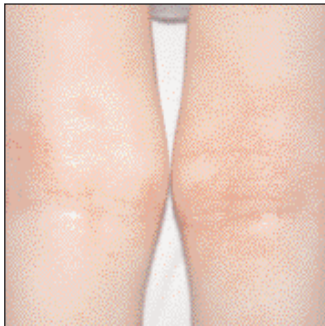
El eccema no contro-



Ictiosis y eccema atópico



El niño desarrolla el tic de lamer la lesión



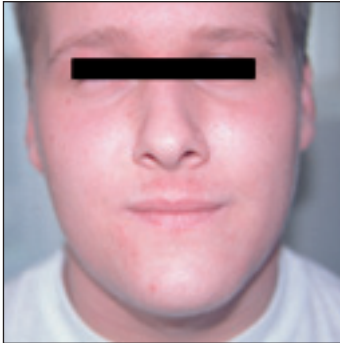
Afección de los pliegues poplíteos



Afección de los pliegues pequeños



Afección de la muñeca



Eccema cervicofacial del adolescente



lado expone a accesos generalizados de evolución crónica. El prurito feroz, que interrumpe el sueño, repercute en el equilibrio del niño, que se vuelve ansioso y agitado.

A veces el diagnóstico clínico es más difícil:

- bien debido a la dificultad para reconocer la lesión elemental;
- bien debido a la forma clínica.

En estas situaciones, puede ser útil realizar exámenes complementarios (biopsia, análisis

microbianos y micológicos, pruebas cutáneas) que ayuden a confirmar el diagnóstico.

w Puede tratarse de:

- eccema circinado (*foto 1*)
- eccema numular
- eccema dishidrótico (vesiculoso y a veces bulloso) (*foto 2*)
- eccema liquenificado y neurodermatitis (*foto 3*)
- prurigo (*foto 4*)
- eccema de contacto sobreañadido
- digitopulпитis fisurada y queratósica
- eritrodermia (afección de todo el cuerpo).

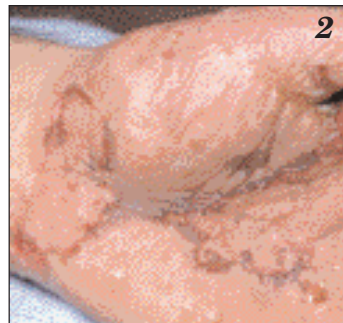
w El riesgo de sobreinfección

es permanente:

La serosidad producida por las lesiones es un excelente caldo de cultivo.

La sobreinfección puede ser:

- **microbiana:** eccema impetiginizado. La afección folicular señala la presencia de estafilococos;
- **viral:** la contaminación de las lesiones por herpesvirus puede ser responsable del sín-



drome de Kaposi-Juliusberg, raro pero muy grave.

La contaminación por molusco contagioso (originado por pox-virus) provoca a menudo una exacerbación del eccema. Esta recaída se limita a la región afectada por la afección viral. En casos de eccemas localizados en un solo territorio en un paciente atópico, siempre debe buscarse la presencia del molusco contagioso. Un eccema sobreinfectado presenta tendencia a la cronicidad. La carga microbiana favorece secundariamente el eccema y disminuye la eficacia de los tratamientos antiinflamatorios locales.

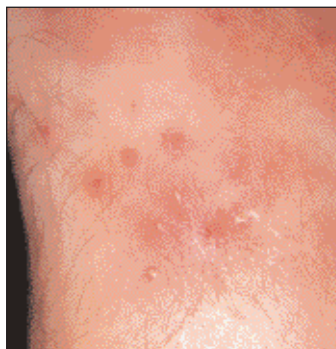
Tratamiento del eccema atópico

TRATAMIENTO REGULAR

Para desdramatizar la situación, es importante explicar a los padres que la dermatitis atópica a menudo desaparece antes de los 6 ó 7 años de edad, y que ninguna terapéutica permite curarla rápidamente. El tratamiento tiene como fin seguirlos hasta esa edad para que tengan una vida lo más confortable posible.

CONSEJOS SOBRE SU ENTORNO

Precauciones alimentarias: no diversificar la alimentación demasiado pronto durante el primer año. En la alergia alimentaria, las pruebas actuales aún no afirman de manera contundente la responsabilidad de un alimento en la génesis de los accesos. Por lo tanto, dichas pruebas no se aplicarán sistemáticamente. Aunque los factores alimentarios desaparecen rápidamente, sin embargo, ciertos alérgenos alimenta-



Foliculitis



Impétigo



Molusco contagioso con eccema

rios omnipresentes como los cacahuets hacen correr riesgos graves durante varios años.

Evitar las fuentes de ácaros, especialmente en la habitación: elegir colchones y almohadas de espuma, fundas antiácaros, revestimiento de paredes en material lavable, cortinas sencillas, evitar alfombras y moquetas.

Evitar los contactos frecuentes con animales de pelo.

Evitar el uso de suavizantes y de algunos jabones industriales agresivos.

Evitar la bisutería de metal (níquel-cromo).

Combatir el tabaquismo, activo o pasivo.

Consejos de orientación profesional: evitar las profesiones que representan alto riesgo alérgico, tales como la peluquería, la mecánica, la construcción, el trabajo en restaurantes y los oficios de mantenimiento.

TRATAMIENTO DEL ACCESO DE ECCEMA

⚠ **En caso de lesiones erosivas y exudativas, es primordial luchar contra la sobreinfección.**

Localmente se pueden utilizar:

- Baños con permanganato potásico diluido en 1/10.000 (1 gramo por cada 10 litros de agua) que, además de su acción desinfectante, también tienen una acción desecante muy útil en caso de eccemas erosivos y exudativos. La duración del baño debe ser de 15 minutos. La pigmentación del material sanitario se suprime fácilmente con su neutralizante, el hiposulfito de sodio.

- Los antisépticos a base de clorhexidina son eficaces y, por lo general, los pacientes los soportan bien.

¡Atención! Los colorantes son desecantes, no antisépticos.

⚠ **Corticoides tópicos**

Son indispensables para controlar los accesos de eccema. Su utilización debe responder a reglas estrictas:

- La clase de actividad debe ser adaptada a la edad y a la forma clínica del eccema. En general:

- en niños: clase III;
- en adultos: clase III en la cara y clase II en el cuerpo;
- en caso de prurigo y de neurodermatitis: clase II o clase I (si es necesario, con oclusión).

¡Atención! Nunca deben utilizarse corticoides tópicos en la cara si está asociada una dermatitis seborreica, debido al riesgo del fenómeno de rebote, difícil de controlar.

- Consejos para la buena utilización de los corticoides tópicos:

- Aplicarlos desde el comienzo de la evolución;
- Una aplicación al día durante varios días;

- Suspenderlos bruscamente sin seguir una disminución gradual de la dosis;

- No aplicarlos sobre las lesiones infectadas (foliculitis, impetiginización);

- Controlar el ritmo de las aplicaciones para que el eccema nunca sea erosivo o exudativo.

Este protocolo de utilización presenta la ventaja de conservar toda la eficacia de los corticoides tópicos aun utilizándolos de manera prudente.

⚠ **Luchar contra la sequedad cutánea**

- Utilizando para el aseo personal pastillas sin jabón. Los jabones clásicos son buenos emulsionantes, humectantes y espumantes, pero también son detergentes y no se aconseja su utilización frecuente en pieles secas. Las pastillas sin jabón tienen las mismas propiedades emulsionantes, humectantes y espumantes pero respetan la película hidrolipídica cutánea y es posible utilizarlos con frecuencia porque se adaptan a las pieles sensibles e irritadas.

- Aplicando cremas hidratantes varias veces al día.

⚠ **Curas termales**

- Están indicadas en caso de evolución clínica de difícil control.

- Permiten obtener, en el 80% de los casos, un control del eccema de 5 a 6 meses después de una primera cura.

TRATAMIENTO HOMEOPÁTICO

La homeopatía está perfectamente indicada en el tratamiento de estas afecciones, bien como tratamiento de fondo o como tratamiento sintomático. Las cinco observaciones clínicas presentadas en las páginas siguientes lo ilustran muy bien.

CONCLUSIONES

· DOS POSIBILIDADES DE TRATAMIENTO TERAPÉUTICO

1 Tener en cuenta todos los síntomas recogidos, sin seleccionarlos, y prescribir los medicamentos correspondientes.

Volvemos a la distribución de los papeles entre los medicamentos; primer lugar para **Sulfur** y **Psorinum**, por ejemplo; segundo lugar para **Natrum carbonicum**, **Graphites** o **Petroleum**; y, ocasionalmente, ¿**Hepar sulfur** o **Nux vomica**?

2 Seleccionar los síntomas y sólo prescribir el o los medicamentos homeopáticos que corresponden únicamente a esos síntomas. Esta actitud conduce a establecer el valor de los síntomas, no de los medicamentos. Esta decisión puede basarse en signos extracutáneos que son considerados importantes y que ilustran bien la reacción individual del paciente, incluso si su relación con la dermatosis que se está tratando no es muy clara.

La experiencia clínica nos ha confirmado el interés de tenerlos en cuenta.

El método homeopático tiene en cuenta y utiliza las diferentes informaciones clínicas y paraclínicas sin limitarse al aparato afectado.

Requiere por parte del médico homeópata una decisión, una selección, una elección entre los síntomas manifestados, lo que equivale a establecer el valor de los signos.

Al inicio de la consulta nos encontramos frente a una realidad clínica que no se limita a la piel sino que se refiere al paciente, con su reacción individual y sus modalidades.



A priori, no sabemos en qué momento puede aparecer una información valiosa ni a qué aparato se referirá.

Hahnemann nos aconsejaba tener en cuenta la "totalidad de los síntomas", con lo que designaba expresamente "como los síntomas más contundentes, singulares, particulares" del caso, excluyendo los signos "vagos, confusos e indeterminados".

Esto significa que todo debe despertar nuestro interés pero, en el momento de prescribir el tratamiento homeopático, sólo debemos fijarnos en los signos que son valiosos para su elección.



Ilustraciones de las páginas 3, 12, 30, 31 : *Cohco*

LA DERMATITIS ATÓPICA

ETIMOLOGÍA

En su origen, el término francés era **eccema constitucional**. El término más moderno, **dermatitis atópica**, es tan sólo la traducción del término anglosajón "dermatitis" con el adjetivo "atópica". "Dermatitis", utilizado por los anglosajones y por los dermatólogos germánicos, es el término latino que significa "enfermedad de la piel" pero que se emplea con el significado clásico de eccema.

El término **eccema** viene de un verbo griego que significa "fluir". Una lesión de eccema es una lesión vesiculosa, con un "líquido que fluye a través de la piel". Por lo tanto, un eccema es a priori exudativo, pero puede ser seco.

El adjetivo **constitucional** expresa la idea de una afección ligada al terreno, no adquirida. El término atópica se deriva de la palabra **atopia**, de "a-", sin, y "topos", lugar. Se trata en un principio de un conjunto de manifestaciones que no pertenecen a ningún cuadro conocido de la clasificación de las enfermedades -no son ni tumores, ni patologías infecciosas- y fueron reunidas en un conjunto sin sitio ni lugar: "atopia".

En este conjunto "atopia" se encierran no solamente manifestaciones cutáneas (eccema constitucional, prurigos del adulto, algunas urticarias sin causa), sino también manifestaciones extracutáneas que afectan sobre todo la esfera respiratoria (rinitis alérgicas, ciertas conjuntivitis, conjuntivitis estacionales y ciertos asma).

Esta noción de atopia se basa en una realidad cuya existencia semiológica se confirmó a lo largo del siglo XX.

La atopia es una predisposición hereditaria del sistema inmune humano a privilegiar trastornos, reacciones de hipersensibilidad frente a antígenos banales, antígenos del medio ambiente que pueden penetrar en el organismo por diferentes vías.

LABORATORIOS
BOIRON®

Avenida Valdeparra, 27
28108 Alcobendas (Madrid)
www.boiron.com
e-mail: homeopatia@boiron.es